DISSERTATION

N° 280.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË,

SUIVIE DE PROPOSITIONS

SUR QUELQUES POINTS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L.-N.-ANTONIN CHOLLET, de Parthenay,

Département des Deux-Sèvres;

Ancien Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Un malade est en grand danger quand le médecin l'approche avec un système en tête. BACON.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. CLOQUET.
Pathologie medicale	DUMÉRIL, *Suppléant.* ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Président.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau, *Suppléant.*	Rochoux.
Dance.	Sandras, *Examinateur.*
Devergie.	Trousseau, *Examinateur.*
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AUX MÂNES

DE MA MÈRE.

Souvenirs et regrets éternels.

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

A MONSIEUR LE BARON ALIBERT,

Officier de la Légion-d'Honneur; Chevalier de l'ordre de Saint-Michel et de Saint-Wladimir; Professeur à l'École de médecine de Paris; Médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis et du collége d'Henri IV; Membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Hommage du plus profond respect.

L.-N.-A. CHOLLET.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË,

SUIVIE DE PROPOSITIONS

SUR QUELQUES POINTS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Considérations générales sur les poumons.

Les poumons, organes immédiats de la respiration, dont le parenchyme est le siége de la maladie qui va nous occuper, sont au nombre de deux, et occupent les régions latérales de la cavité thoracique. Celui du côté gauche est moins grand que celui du côté droit. On trouve la raison de cette différence dans la situation du cœur qui occupe une plus grande partie de la cavité gauche de la poitrine, et dans l'obliquité de la partie antérieure du médiastin. Les poumons sont libres dans la cavité de la poitrine. Ils ne sont retenus que par les bronches et les gros vaisseaux qui s'y introduisent. Leur surface est lisse, contiguë à la plèvre, et mouillée continuellement par de la sérosité.

La structure délicate des poumons, l'abondance de sang qui afflue dans leur parenchyme, leurs mouvemens continuels auxquels ils sont soumis dans l'espèce de cage osseuse qui les renferme, leur position presque superficielle, qui les rend si facilement accessibles à l'action des divers corps vulnérans extérieurs, leur sympathie avec la peau et les principaux organes de l'économie, leur exposition par la nature de la fonction qu'ils sont destinés à remplir à l'influence de l'air et de ses vicissitudes nombreuses, sont autant de causes qui, en rendant leurs maladies plus fréquentes, doivent les rendre plus dangereuses. *Pleuritis et peripneumonia sæpiùs simul sunt decima pars morborum.* (SAUVAGES, Nosogr. meth., pag. 465.)

Différence de couleur chez les nouveau-nés, l'adulte et le vieillard.

Chez l'enfant nouveau-né qui a respiré, les poumons sont d'une couleur rose vermeille. A mesure qu'on avance en âge, cette couleur passe au gris mêlé d'une légère teinte de rose pâle. Dans l'adulte, la surface de ces organes se couvre de taches bleuâtres, qui la font paraître comme marbrée. Chez le vieillard, les poumons sont bleuâtres et livides.

DE LA PNEUMONIE AIGUE.

Définition et synonymie.

On donne, en général, le nom de *pneumonie, pneumonia,* à l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Plusieurs auteurs lui ont attribué tour à tour différentes dénominations, selon qu'ils se faisaient une idée plus ou moins juste du siége véritable de cette affection. Elle a été désignée sous le nom de *péripneumonie*, LINNÆUS, VOGEL, SAUVAGES, BOERHAAVE; de *fièvre péripneumonique*, FRÉDÉRIC HOFFMANN; de *pulmonie*, ARÉTÉE et plusieurs autres; de *pneumonie*, CULLEN; et sous celui de *pleuro-pneumonie* par HALLER, TRILLER et quelques autres, qui croyaient que la plèvre participait toujours à la phlegmasie du pou-

mon. De tous ces différens noms, celui de *pneumonie* me paraît préférable, parce qu'il est plus exact et plus court : aussi est-ce celui que j'emploierai dans le cours de cette dissertation.

Siége.

Elle peut avoir son siége dans les deux poumons à la fois, ou se borner à un seul; elle peut aussi être générale ou partielle, envahir tout le poumon, ou n'occuper que le lobe supérieur, inférieur, ou moyen, que la base, le centre ou la racine. Plusieurs des auteurs anciens qui ont écrit sur la pneumonie ont avancé que les deux poumons n'y étaient pas également sujets, que le droit était plus souvent affecté que le gauche. *Morgagni* l'a nié. Mais de nombreuses observations recueillies avec le plus grand soin par MM. les professeurs *Andral* et *Chomel*, prouvent clairement que le poumon droit est plus fréquemment atteint d'inflammation que le gauche. Pendant les trois années que j'ai été attaché à l'hôpital de la Charité, j'ai aussi observé que les pneumonies droites étaient plus fréquentes que les gauches. Quant aux lobes que la pneumonie frappe le plus souvent, la plupart des médecins aujourd'hui s'accordent à penser que ce sont les inférieurs.

Étiologie.

Les causes de cette maladie, comme celles de toutes les autres phlegmasies, peuvent être distinguées en *prédisposantes* et *déterminantes*.

Causes prédisposantes. Ces causes sont, le tempérament sanguin, l'âge adulte, une constitution forte, une vie exercée, une nourriture abondante et succulente, l'abus des liqueurs spiritueuses, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, la mauvaise conformation du thorax, la débilité des poumons produite par une inflammation antérieure. Certaines professions semblent encore favoriser le développement de la pneumonie : telles sont celles de plâtrier, de maçon, de boulanger, de

meunier, qui exposent à respirer un air plus ou moins chargé de molécules irritantes; celles de chanteur, de crieur public, d'avocat, qui obligent à faire de grands efforts de voix; celles de cordonnier, de tailleur, qui impriment au corps une attitude gênante pour la circulation du sang et en favorisent la stagnation dans les poumons.

Causes déterminantes. Les causes déterminantes les plus ordinaires sont l'exposition au froid sec et humide après un exercice violent lorsque le corps est échauffé et couvert de sueur, des boissons froides lorsqu'on est dans les mêmes circonstances; les exercices violens des poumons, par la course, la lutte, les efforts, le chant, les cris, la déclamation, l'équitation rapide contre le vent; la suppression des menstrues chez les femmes, de la transpiration, celle des pieds, par exemple, des hémorrhoïdes; une métastase goutteuse, rhumatismale, dartreuse, etc. Il y a des auteurs qui ont dit que la morsure des serpens, et particulièrement celle du serpent à sonnettes, déterminait fréquemment des pneumonies; mais cette assertion est loin d'être prouvée. Enfin les coups, les chutes sur le thorax, les fractures des côtes, les plaies pénétrantes de la poitrine, les grandes opérations chirurgicales, peuvent être regardés comme des causes déterminantes de la maladie qui nous occupe. Mais avant de terminer tout ce qui a rapport aux causes, je dirai qu'il en est très-peu de capables de déterminer à elles seules la pneumonie; que, dans la plupart des cas, cette inflammation, comme la plupart des autres maladies, se développe sous l'influence d'une disposition intérieure qui nous échappe, mais dont l'existence ne peut pas être révoquée en doute; car combien d'hommes en sont attaqués au coin de leur feu, entourés de tous les secours de l'hygiène?

Cette disposition se reproduit chez quelques sujets un grand nombre de fois dans le cours de leur vie. M. *Chomel* affirme avoir vu à l'hôpital de la Charité un homme atteint d'une dixième pneumonie; et *Rush* parle d'un Allemand habitant Philadelphie qui en aurait été atteint vingt-huit fois.

La pneumonie est très-fréquente chez les vieillards et les enfans surtout. Mais si la maladie est si souvent méconnue chez ces derniers, c'est parce qu'ils avalent la mucosité expectorée au lieu de la cracher.

Séméiotique et symptomatologie.

La pneumonie est une des maladies les plus anciennement connues, et avant les recherches d'anatomie pathologique auxquelles on s'est livré avec zèle dans toute l'Europe depuis *Morgagni* jusqu'à nous, on la regardait en général comme une des maladies les plus faciles à reconnaître; il n'en est cependant point ainsi. La pneumonie est facile à reconnaître lorsqu'elle est parvenue à un assez haut degré d'intensité; mais lorsqu'elle est compliquée d'une autre maladie, et dans la première période, elle demeure latente, parce que ses symptômes les plus habituels ou manquent très-souvent, ou sont communs à quelques autres maladies.

Ses symptômes se distinguent en *locaux* et en *généraux* ou *sympathiques*.

Symptômes locaux. Quelle que soit la manière dont débute la pneumonie, ses symptômes se manifestent de la manière suivante : Douleur profonde et gravative dans l'endroit où se trouve le siége de l'inflammation, chaleur, une oppression de poitrine plus ou moins forte, une difficulté de respirer plus ou moins grande, toux fréquente, crachats visqueux, sanguinolens, adhérens au vase qui les reçoit; l'immobilité des côtes correspondant au lieu affecté, un son mat résultant de la percussion du thorax; l'haleine est ordinairement chaude; enfin, le râle crépitant dans le premier degré, bruit particulier qui semble produit par une succession de bulles d'air très-petites, très-rapprochées, presque sèches, égales entre elles, et qu'on a comparé au bruit que fait le sel marin qui décrépite sur le feu, mais qui ressemble davantage à celui que l'on produit lorsqu'on presse entre ses doigts les poumons d'un cadavre. Le décubitus constant sur le côté

affecté, que des praticiens ont donné comme l'un des signes caractéristiques de la pneumonie, peut manquer assez souvent, d'après *Laennec*, M. le professeur *Andral* et plusieurs autres médecins. De tous ces signes, le plus important et qui ne manque jamais est sans contredit le râle crépitant ; il est sensible dès les premiers instans de la maladie, et n'a lieu dans aucune autre circonstance, si ce n'est dans l'œdème du poumon et l'engorgement hémoptoïque, affections très-faciles d'ailleurs à distinguer de la pneumonie par l'ensemble des signes et des symptômes de ces différentes maladies, si ce n'est dans les cas où l'une touche à l'autre, ou se trouve réunie à l'autre. Le râle crépitant sera d'autant plus saillant que le point enflammé est plus voisin de la surface du poumon. Dans le même endroit où se manifeste ce râle, on entend, mais faiblement, le bruit de la respiration. M. *Andral* (Clinique médicale, tom. II, pag. 333) dit avoir senti le râle qui nous occupe dans une bronchite aiguë. Dans les endroits où la crépitation ne se fait pas entendre, la respiration conserve sa force normale, et quelquefois même en offre une plus grande semblable à celle que l'on entend chez les enfans, et à laquelle *Laennec* a donné le nom de *respiration puérile*.

Symptômes généraux ou sympathiques. La face est rouge, surtout du côté correspondant à l'inflammation, phénomène que j'ai presque toujours observé dans un assez grand nombre de cas; le malade se tient sur le dos, mais pas toujours, comme nous l'avons fait observer plus haut; la tête et la poitrine un peu élevées; le plus ordinairement le pouls est large, souple et fréquent, quelquefois cependant il est petit, inégal et concentré; la peau est chaude, les yeux sont rouges, la langue est blanchâtre, humide, quelquefois sèche; la céphalalgie est très-intense, l'insomnie est complète si la maladie envahit une certaine étendue du poumon; l'appétit est nul, la soif est vive, l'urine est rouge, il y a constipation.

Quelquefois la pneumonie débute par un frisson plus ou moins violent, suivi de chaleur, quelquefois de sueur; mais le plus souvent,

d'après quelques praticiens, elle apparaît dans les premiers jours d'une affection qui a commencé comme un catarrhe pulmonaire aigu.

Marche de la maladie.

La marche de la pneumonie aiguë n'est pas toujours la même; elle varie suivant les individus et selon les causes qui l'ont produite. Ainsi, si le sujet est d'un tempérament lymphatique, peu irritable, affaibli par une longue maladie ou quelques excès, si la cause qui a déterminé cette inflammation est peu intense, la congestion qui en résulte se manifeste d'une manière lente, et l'inflammation n'occupe pas ordinairement un grand espace : aussi le passage de l'état sain à l'état malade est peu marqué, les phénomènes locaux sont peu sensibles, et la plupart de ceux que l'on appelle *généraux* manquent. Si, au contraire, le sujet est jeune, fort, robuste, d'un tempérament sanguin, très-irritable; si les causes qui ont déterminé l'inflammation sont très-intenses, si cette inflammation occupe un grand espace, alors le sang affluant de tous côtés dans la partie irritée, la congestion est des plus fortes; alors le passage de l'état sain à l'état malade est très-marqué. L'inflammation, étant très-forte, envahit de proche en proche une plus ou moins grande partie du poumon, se présente avec une série de symptômes très-alarmans. Lorsque la pneumonie est parvenue au second, troisième ou quatrième jour avec les symptômes dont nous avons parlé plus haut, elle peut ou se terminer favorablement, ou faire de nouveaux progrès.

Dans le premier cas, lorsque la résolution s'opère avant que la maladie ait passé à l'état d'hépatisation, le râle crépitant devient chaque jour moins sensible, les crachats moins rouges, moins visqueux et plus abondans; la respiration devient de plus en plus libre; la douleur de côté diminue, et enfin le bruit respiratoire naturel des vient d'autant plus marqué et finit par s'entendre seul.

Dans le second cas, si la maladie passe au second degré, ce qui arrive ordinairement du troisième au septième jour, elle est annon-

cée par un sentiment de pesanteur dans la cavité de la poitrine, par une très-grande dyspnée, par un pouls petit et irrégulier; la peau devient plus chaude, la céphalalgie est très-intense, et il y a une grande diminution dans les forces musculaires; le décubitus a lieu sur le côté affecté, les traits offrent une altération marquée; la poitrine, percutée dans l'endroit malade, ne rend plus qu'un son mat, et l'auscultation n'y fait entendre ni crépitation, ni bruit respiratoire; il est remplacé par un bruit différent, désigné sous le nom de *respiration bronchique*, et qui paraît être produit par l'entrée et la sortie de l'air dans la trachée-artère et les premières bronches, être transmis à l'oreille du médecin par le parenchyme pulmonaire, devenu imperméable à l'air et plus dense. Si l'on fait parler le malade, sa voix retentit avec force dans l'oreille appliquée sur la poitrine; mais elle n'offre pas l'espèce d'écho qui a lieu dans l'épanchement pleurétique. Les crachats qui, dans le premier degré, présentaient une couleur de rouille, ou bien une teinte de vert de mer ou de sucre d'orge, et qui étaient assez abondans, deviennent alors muqueux et fort rares. Quand l'hépatisation est complète, le malade éprouve du délire, des sueurs nocturnes, des engourdissemens, et quelquefois même la paralysie du bras du côté affecté; alors il y a orthopnée nécessitée par la menace de la suffocation. Dans ce degré, la maladie peut se terminer par la guérison et par la mort dans une proportion à peu près égale.

Quand la maladie marche vers la guérison, le râle crépitant, qui avait disparu complètement, se fait entendre de nouveau (*rhocus crepitans redux*, Laennec). Mais alors il ne présente plus les mêmes caractères qu'on remarque dans le début de la pneumonie. Au lieu d'être sec, petit et égal, il se présente sous forme de bulles humides, grosses, inégales; en un mot, il offre tous les caractères que l'on rencontre lorsque la maladie passe du premier au second degré. A la suite du râle, la respiration s'améliore à proportion des progrès de la résolution, et revient à son rhythme naturel. A cette époque aussi on observe ordinairement, ou des sueurs chaudes, ou des urines d'abord copieuses avec un sédiment d'un rouge très-foncé, puis ensuite elles

deviennent blanchâtres ; ou bien encore une hémorrhagie, telle qu'une épistaxis, les hémorrhoïdes chez les hommes, les menstrues chez les femmes.

Si la maladie, parvenue à la seconde période, continue à faire des progrès, elle se terminera presque constamment par la mort. Les symptômes locaux et généraux s'aggravent simultanément. Il y a des horripilations vagues, légères et fréquentes, sans cause manifeste; la douleur diminue, quoique la dyspnée continue ; les joues et les lèvres sont très-colorées, la soif est très-vive, la fièvre continue ; le pouls est faible et mou, les crachats sont petits, grisâtres, quelquefois striés de lignes blanches et opaques; le son est mat, et le bruit respiratoire nul dans une plus grande étendue ; il y a des sueurs nocturnes qui paraissent surtout au front et à la partie supérieure de la poitrine; il y a pâleur, amaigrissement, débilité extrême ; le malade n'a plus la force d'expectorer, les mucosités s'amassent dans la trachée-artère et les bronches, et y produisent le bruit que l'on connaît vulgairement sous le nom de *râle*, et le malade meurt avec une entière liberté de toutes ses facultés intellectuelles.

Durée de la pneumonie.

Il est bien difficile de déterminer au juste le terme de la pneumonie, mais néanmoins elle dure ordinairement de sept à vingt jours; après ce temps, elle est réputée chronique. D'après les observations de M. *Andral*, la terminaison de cette maladie a lieu le plus souvent le septième, le onzième, le quatorzième et le vingtième jour.

Terminaison.

Elle peut avoir lieu, 1°. par résolution, 2°. par l'engouement inflammatoire, 3°. par l'hépatisation, 4°. par la suppuration disséminée dans le parenchyme du poumon, 5°. par la formation d'abcès dans le poumon, 6°. par la gangrène, 7°. par métastase.

Quels sont les différens signes qui annoncent ces nombreuses terminaisons? Dans l'exposition de la marche de la maladie, j'ai parlé de ceux que présentent la résolution, l'engouement inflammatoire, l'hépatisation et la suppuration disséminée ; maintenant je vais m'occuper de ceux offerts par la présence des abcès formés dans le parenchyme pulmonaire et par la gangrène. La terminaison par la formation des abcès, qui, d'après le docteur *Cricton*, n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire, est caractérisée, selon *Laennec*, par un râle muqueux très-fort, à grosses bulles, et évidemment caverneux dans l'endroit même où s'est formée la collection purulente; par une pectoriloquie évidente qui a succédé à la bronchophonie qui existait précédemment; par une respiration et une toux caverneuses, par le souffle simple quand les parois de l'abcès ont quelque épaisseur, le souffle voilé quand elles sont minces et molles dans quelque point.

La terminaison par la gangrène est un cas très-rare, mais aussi elle est la plus funeste. Elle peut envahir une grande partie du poumon, et quelquefois elle se borne à une très-petite partie, et paraît avoir peu de tendance à se propager vers les parties environnantes. De là la distinction en *gangrène non circonscrite* et en *gangrène circonscrite*. Pour peu que l'ulcération soit étendue, la marche de la maladie est extrêmement rapide, le malade tombe dans une débilité extrême; la douleur de côté, étant portée au plus haut degré d'intensité, cesse tout à coup; le pouls est petit, déprimé et très-fréquent; les extrémités sont excessivement froides, la toux est plutôt fréquente que forte; les crachats sont ichoreux, livides, cendrés, noirâtres et d'une fétidité extrême; l'haleine répand une odeur analogue à celle des crachats; tous ces symptômes se terminent promptement par la mort. Mais d'après l'opinion de *Laennec*, il n'en est pas toujours ainsi; il assure qu'il a vu se terminer favorablement des maladies dans lesquelles il avait cru reconnaître l'existence de vastes excavations gangréneuses dans les poumons.

Différence de la pneumonie chez le vieillard, l'adulte et l'enfant.

Dans la pneumonie des vieillards, les symptômes locaux sont pour ainsi dire violés, soit par un coma profond, soit par un état adynamique qui se manifestent dès le principe; mais cependant, en auscultant et en percutant la poitrine avec soin, on finit par découvrir l'inflammation, malgré la présence du râle muqueux fort commun à cette période de la vie, et qui empêche la crépitation d'être aussi distincte que chez la plupart des adultes. Chez les enfans, on la rencontre fréquemment, et d'autant plus qu'ils sont en plus bas âge. Au lieu d'occuper une portion plus ou moins considérable d'un poumon ou des deux, elle occupe plusieurs points très-peu étendus, elle est lobulaire ou disséminée. Chez le plus grand nombre des sujets, la douleur n'existe pas; les crachats, lorsqu'ils existent, car très-souvent ils sont avalés, ressemblent à ceux du catarrhe pulmonaire; le son de la poitrine reste clair, le bruit respiratoire s'entend partout. La maladie reste longtemps au premier degré. Quelques praticiens l'ont vue offrir cet état pendant plusieurs semaines; très-souvent elle apparaît dans le cours de certaines maladies éruptives communes à cet âge, telles que la variole, la varicelle, la scarlatine, la miliaire, etc. On la voit aussi survenir pendant la coqueluche. La plupart des enfans meurent dans la période d'engouement, ou tout au plus avec une hépatisation lobulaire. La promptitude avec laquelle ils succombent au premier degré de cette maladie peut s'expliquer par le besoin plus grand de respirer qui existe à cet âge.

Complications de la pneumonie.

La pneumonie se joint souvent aux autres maladies du poumon; mais la complication de la pneumonie avec la pleurésie est sans contredit celle que l'on rencontre le plus souvent. Dans un assez grand nombre de pneumonies que j'ai eu l'occasion d'observer, j'ai presque

toujours vu cette fâcheuse complication. La pneumonie peut exister avec le catarrhe pulmonaire aigu, et se présenter sous plusieurs formes; tantôt l'inflammation du poumon survient quelques jours après l'apparition du catarrhe, tantôt elle se résout en un simple catarrhe; quelquefois enfin ces deux maladies apparaissent ensemble et marchent de concert. Le catarrhe suffocant, et particulièrement celui dont les jeunes gens ou les hommes dans la force de l'âge sont affectés, peut souvent exister avec la pneumonie. La congestion hémoptoïque, l'œdème du poumon, la phthisie pulmonaire sont aussi les complications les plus ordinaires de la pneumonie. On l'a vue survenir quelquefois dans le cours d'une attaque de goutte et de rhumatisme.

Diagnostic.

La plus grande des ressources pour connaître les diverses périodes de la pneumonie consiste dans l'emploi de la percussion, et surtout de l'auscultation médiate et immédiate. Mais ce dernier moyen est on ne peut plus précieux dans les pneumonies des enfans, des aliénés qui ne savent pas rendre compte de ce qu'ils éprouvent, et dans les pneumonies latentes. A l'aide de ces recherches, voici les résultats que l'on obtient dans les diverses périodes de cette maladie.

Le son mat que l'on obtient à l'aide de la percussion ne peut être regardé comme un signe pathognomonique de la pneumonie, puisqu'on l'observe aussi dans quelques autres maladies; on ne le remarque en général que vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie, et le plus souvent, il n'est manifeste qu'au deuxième et troisième degré. Quelquefois même la percussion ne fournit aucun renseignement; mais il en est tout autrement de l'auscultation médiate et immédiate: en effet, dans la première période de la pneumonie, en même temps que le bruit naturel de la respiration se fait encore entendre, on distingue aussi le râle crépitant, sec, fin, et peu nombreux, dont j'ai déjà parlé en énumérant les différens symptômes de la maladie. Tant que le bruit naturel l'emporte sur le râle crépi-

tant, l'inflammation est légère; mais si le râle crépitant est plus manifeste, s'il finit même par voiler entièrement le bruit naturel de la respiration, la maladie fait des progrès et passe à la seconde période. Malgré toute la grande valeur du râle crépitant dans le diagnostic, il peut cependant manquer quelquefois; dans quelques cas rares, à la vérité, il peut se montrer lorsqu'il n'y a pas inflammation du parenchyme pulmonaire. Je dirai, soutenu de l'autorité de praticiens fort habiles, qu'il vaudrait mieux avoir égard aux crachats visqueux sanguinolens, adhérens au vase qui les contient, sans râle crépitant, qu'à ce râle avec absence complète de cette espèce de crachats, pour établir un bon diagnostic de la maladie qui nous occupe.

Dans la seconde période, la respiration ne se faisant plus entendre, la respiration bronchique est manifeste, surtout lorsque l'inflammation occupe la racine ou le sommet du poumon, lieux où les rameaux bronchiques sont plus larges qu'ailleurs.

Dans la troisième période, on n'entend pas non plus le bruit naturel de la respiration, mais on distingue le râle muqueux.

Quoique l'auscultation soit, dans la majorité des cas, d'un grand secours pour nous faire distinguer la pneumonie d'une autre affection, elle devient quelquefois inutile; c'est lorsque, comme l'a avancé M. le professeur *Andral*, la grande quantité de liquide accumulée dans les bronches donne lieu à un râle bronchique tellement fort, que tous les autres bruits sont masqués par celui-ci, ou que cette inflammation n'occupe qu'une très-petite portion du poumon, comme cela, avons-nous dit, a lieu chez les enfans, ou bien encore qu'elle est éloignée de la périphérie de cet organe.

La pneumonie ayant assez d'analogie et de ressemblance avec quelques autres maladies pour pouvoir être méconnue, telles que la *pleurésie*, la *pleurodynie*, le *catarrhe pulmonaire*, l'*œdème du poumon*, l'*hépatite*, je vais m'occuper du diagnostic différentiel de chacune d'elles en particulier.

Ainsi, dans la pneumonie, il y a une douleur profonde et gravative dans le côté de la poitrine affecté, une expectoration plus ou

moins visqueuse, tenace, sanguinolente, mêlée de bulles d'air; la respiration se fait avec beaucoup de difficulté, la douleur devient plus forte dans l'expiration; la percussion et l'auscultation nous fournissent les symptômes dont nous avons déjà parlé ailleurs.

Dans la pleurésie, au contraire, la douleur est très-aiguë et superficielle; elle augmente dans l'inspiration; elle devient très-vive par la pression des parois de la poitrine correspondantes; le décubitus a lieu ordinairement sur le côté sain, à moins qu'il n'y ait un épanchement très-considérable dans la plèvre. Quels que soient le siége et l'intensité de la douleur, elle n'est pas continue chez tous les sujets; elle augmente beaucoup par la toux, qui est sèche, et l'expectoration, qui n'est point sanguinolente. La parole est ordinairement faible, entrecoupée. La percussion fournit un son moins mat que dans la pneumonie; et par l'auscultation on ne trouve le poumon imperméable à l'air que dans les cas où il y a un épanchement dans les cavités des plèvres; mais alors il y a égophonie; et par la succussion, on s'assure qu'il y a véritablement épanchement. Le pouls est ordinairement dur.

Dans la pleurodynie, il n'y a pas de toux, d'oppression, d'expectoration sanguinolente, de difficulté de respirer, ni de sentiment d'ardeur dans la poitrine; il n'y a pas de son mat ni de râle crépitant; seulement, comme la maladie a son siége ou dans les muscles intercostaux, ou dans ceux qui recouvrent les côtes, le malade éprouve de la douleur quand on presse sur la partie affectée.

Dans le catarrhe pulmonaire, la fièvre est légère, la toux très-incommode, et se reproduisant sous forme de quintes, pendant lesquelles le malade éprouve un sentiment de chaleur et de déchirement dans toute la direction de la trachée-artère, mais derrière le sternum principalement. L'expectoration est muqueuse et très-abondante. La douleur n'est point augmentée ni par l'inspiration, ni par l'expiration. Le décubitus est possible dans tous les sens. La poitrine percutée donne un son clair; le râle crépitant n'existe pas. Le râle muqueux et le râle sibilant sont les principaux bruits que l'on obtient.

Dans l'œdème du poumon, on entend, comme dans la pneumonie

au premier degré, un râle crépitant ou plutôt sous-crépitant; mais ici les bulles en paraissent plus grosses, et il est plus humide; l'expectoration est muqueuse et très-liquide, et l'absence des phénomènes généraux de l'inflammation est complète.

Dans l'hépatite, si l'inflammation occupe la partie supérieure du foie, elle peut être prise pour celle de la partie inférieure du poumon droit, et *vice versâ;* mais dans l'hépatite, la douleur de l'hypochondre droit s'étend le plus ordinairement jusqu'à l'épaule correspondante; la moindre pression l'exaspère; le décubitus ne peut avoir lieu sur le côté douloureux; la face, ainsi que diverses régions du corps, présente une teinte jaune; il n'y a pas de toux, point de crachats pneumoniques; la respiration ne présente rien de remarquable.

Prognostic.

Le prognostic de la pneumonie peut varier selon l'âge, le sexe, la constitution et le tempérament du malade, selon le nombre de causes qui y ont donné lieu, ainsi que leur intensité. Il est aussi subordonné à l'étendue et au degré de la maladie, à la gravité des symptômes locaux et généraux. Ainsi le prognostic sera toujours sérieux si la maladie occupe les deux poumons, si le malade est un vieillard ou une personne affaiblie par des maladies antérieures, si l'inflammation est parvenue au second degré, ce que l'on pourra reconnaître au moyen de l'auscultation. La maladie est-elle accompagnée de symptômes adynamiques ou ataxiques, les crachats ressemblent-ils à une dissolution de gomme arabique dans la première période, ou bien plus tard prennent-ils l'aspect du jus de pruneaux, deviennent-ils aussi gris, sales, fétides, la terminaison doit être regardée comme funeste. Si dès le début de la maladie il y a du dévoiement, des sueurs nocturnes, de l'orthopnée, le prognostic sera du plus fâcheux augure. Un pouls faible, petit, inégal, fera aussi mal augurer de la maladie. Si on a affaire, au contraire, à un sujet jeune d'un bon tempérament, à une maladie parvenue seulement au premier degré,

n'affectant qu'un seul poumon, et n'offrant aucune complication; si la douleur n'empêche pas le malade de se coucher sur l'un ou l'autre côté, si les crachats arrivent du troisième au quatrième jour sans être accompagnés d'une toux violente, s'ils ne sont point mêlés de sang, s'ils prennent progressivement de la consistance, le prognostic sera favorable. Une gêne médiocre dans la respiration, un pouls plein, régulier, sans être trop dur, pourront aussi faire présumer que la maladie aura une terminaison heureuse.

Traitement.

La pneumonie, de même que toutes les autres maladies inflammatoires, semble être du nombre des cas où l'indication à remplir est des plus évidentes et des plus pressantes. Mais pour parvenir au but qu'il se propose, le médecin a deux indications à remplir : la première, c'est de faire cesser les causes qui ont produit la maladie et qui l'entretiennent; la seconde, c'est de favoriser les solutions par lesquelles elle doit se terminer.

Ainsi, les effets de cette affection étant d'irriter l'organe pulmonaire et d'y déterminer une fluxion sanguine, il est évident que le médecin doit avoir promptement recours au traitement éminemment antiphlogistique. Depuis *Hippocrate* jusqu'à nous, la plupart des médecins ont regardé la pneumonie comme une maladie dans laquelle on peut obtenir les plus grands avantages de la saignée. En effet, les évacuations sanguines dans cette maladie offrent d'abord l'avantage de modérer l'inflammation d'un viscère important par la fonction qu'il est appelé à remplir, et ensuite celui de diminuer le travail d'un organe qui ne peut être placé dans un repos parfait. Mais cependant ce traitement doit être dirigé selon l'intensité des symptômes, l'âge, la constitution du malade, et selon son sexe; si, par exemple, l'ensemble des symptômes indique que la maladie a peu d'intensité et que la résolution ne tardera pas à s'opérer, on peut alors se dispenser de faire une saignée, se borner à l'usage des tisanes

rafraîchissantes, pectorales et diaphorétiques, et ordonner le repos complet du corps et de l'esprit, et une diète sévère. Mais si dès l'invasion la maladie s'annonce avec des symptômes d'une telle intensité qu'on soit en crainte pour les jours du malade, on doit avoir recours de suite aux saignées générales et locales, et à tous les autres moyens antiphlogistiques. Mais quelle est la veine qui doit être ouverte? quelle quantité de sang doit-on enlever au malade? et à quelle époque de la maladie doit-on renoncer à la saignée? quel est l'intervalle qu'on doit mettre entre elles?

Les auteurs anciens n'étaient pas d'accord sur le choix de la veine qu'il fallait ouvrir; quelques-uns voulaient que la saignée fût faite au pied, d'autres voulaient que l'on pratiquât la saignée aux deux bras à la fois. Il y en avait qui étaient d'avis d'ouvrir la veine du bras correspondant au poumon enflammé, et enfin quelques praticiens avaient conseillé de saigner le bras opposé au côté de l'inflammation. Mais aujourd'hui il est bien reconnu par le plus grand nombre des médecins que la saignée doit être faite seulement à l'un des bras à la fois, et qu'il est indifférent de la pratiquer à l'un ou à l'autre. La pratique la plus généralement suivie aujourd'hui consiste à faire une saignée de trois à quatre palettes au début de la maladie. Si toutefois le sujet est bien constitué et qu'il n'y ait pas de contr'indication, on peut mettre communément entre les premières saignées un intervalle de douze à vingt-quatre heures; l'intervalle même pourra être plus court si les symptômes inflammatoires ne cèdent point, ou si, après avoir diminué, ils reprennent au bout de quelques heures une nouvelle intensité. *Sydenham* avait cru fixer d'une manière approximative que dans les pneumonies on pouvait tirer quarante onces de sang; mais cette pratique serait loin d'être sans inconvénient, car il y a des sujets robustes chez qui cette quantité ne serait point suffisante pour enrayer la marche de l'inflammation, tandis que chez d'autres qui seraient affaiblis cette quantité serait trop considérable. Les anciens avaient recommandé qu'après le cinquième ou le sixième jour, il fallait renoncer entièrement à la saignée. Cette opinion, ce me semble,

n'est pas raisonnable; on y aura recours toutes les fois que la force du pouls, l'augmentation de l'oppression et de la fièvre, et les divers autres symptômes, en fourniront l'indication.

Il arrive quelquefois qu'après les premières saignées, malgré la gêne de la respiration, la petitesse du pouls en impose au médecin; alors à l'aide de l'auscultation on pourra éviter les suites funestes qu'aurait pu entraîner cet état du pouls. Ainsi, si les pulsations du cœur sont plus fortes que les battemens des artères, il faudra pratiquer encore une saignée, et le pouls ne tardera pas à se relever et la suffocation à diminuer : j'ai été à même d'observer ce fait quelquefois. Si, au contraire, les pulsations du cœur et celles des artères sont également faibles, c'est alors qu'il faudra s'abstenir de l'emploi de la saignée; car en agissant autrement on exposerait le malade aux plus grands dangers en le plongeant dans une débilité extrême.

Si l'on a à traiter une pneumonie chez un vieillard cachectique ou chez une personne affaiblie, il faut s'abstenir de la saignée ou tout au moins ne l'employer qu'une fois dans le début de la maladie. *Morgagni* cite à l'appui de cette assertion la pratique de deux médecins, dont l'un saignait très-largement les vieillards affectés de pneumonie, tandis que l'autre était sobre de l'emploi de ce moyen. Le premier, dit-il, voyait succomber la plus grande partie de ses malades, et le second, au contraire, obtenait les plus grands succès.

Des saignées locales. Elles peuvent être faites, soit par les sangsues, soit par les ventouses scarifiées; c'est surtout chez les enfans que l'on emploiera ce premier moyen, quoique cependant on ne doive pas toujours s'abstenir de la saignée générale; très-souvent, au contraire, une saignée de trois à cinq onces sera très-utile pour apaiser les différens symptômes de la maladie.

On pourra employer aussi les sangsues et les ventouses scarifiées avec beaucoup de succès, concurremment avec l'ouverture de la veine, lorsque la douleur de côté sera très-aiguë et pongitive. Si la maladie est survenue à la suite de la suppression de quelque hémorrhagie habituelle, il faudra user de saignées locales, en ayant soin de les di-

riger sur la partie où se faisait cette fluxion, afin d'y suppléer et de la faire reparaître plus tard.

A tous les moyens dont nous venons de parler, si l'expectoration est difficile, douloureuse, il faudra joindre quelques moyens excitans, tels que l'infusion d'hysope, de polygala, les préparations scillitiques, le kermès minéral, que l'on fait entrer dans des loocks, dans des potions, à la dose d'un quart de grain pour les enfans, et d'un à deux grains pour les adultes, quelquefois même à une dose un peu plus forte. Les boissons ne seront pas administrées froides, afin de ne pas provoquer la toux; on les prendra aussi en petite quantité, parce que la réplétion de l'estomac augmenterait la gêne de la respiration.

Des dérivatifs. On a conseillé les sétons, les moxas, les cautères, les sinapismes, les vésicatoires; les derniers sont à peu près les seuls employés aujourd'hui dans le traitement de la pneumonie, mais les médecins ne sont pas tous d'accord sur le lieu où il convient de les placer, et dans quelle période de la maladie ils sont nécessaires. Ainsi, suivant *Laennec* et d'autres auteurs, ils doivent être appliqués sur le point correspondant à l'inflammation, et seulement après la période d'acuité, lorsque la pneumonie se résout trop lentement et qu'elle passe à l'état chronique. Quelques médecins, au contraire, veulent qu'on les applique dès le début de la maladie, après une ou deux saignées. Cette méthode pourrait avoir de graves inconvéniens, car on porterait une surexcitation sur l'organe enflammé, et par cela même on produirait l'engorgement du tissu pulmonaire, et bientôt après la mort, qu'on aurait peut-être pu éviter en tenant le malade à la diète, et en faisant pratiquer de petites évacuations sanguines. Ainsi je pense que ce ne sera qu'après plusieurs saignées et lorsque l'inflammation aura diminué beaucoup d'intensité qu'il faudra employer les vésicatoires, qu'on renouvellera très-souvent, et qu'on appliquera sur les parois thoraciques. J'ai vu plusieurs fois employer cette pratique, et elle a toujours bien réussi. On ne devra appliquer les vésicatoires aux extrémités inférieures que quand il y aura quelques troubles dans les fonctions cérébrales.

Des évacuans. Il est, en général, fort utile d'entretenir une grande liberté du ventre chez les malades atteints de pneumonie. A cet effet on emploie les lavemens et quelques légers laxatifs ; c'est surtout à l'approche de la convalescence qu'il faudra user de ce moyen.

Des vomitifs. Si la pneumonie se montrait avec les symptômes d'une complication bilieuse, il faudrait administrer un vomitif, et saigner également le malade; ce'st ainsi qu'agissait *Stoll.*

Des toniques. C'est surtout dans les pneumonies des vieillards et chez les sujets débilités qu'il faut recourir à l'emploi de ces remèdes. Le quinquina est celui qui mérite la préférence. Il a été administré avec succès sous forme de lavemens, surtout dans les pneumonies qui se sont montrées, fort rarement il est vrai, sous forme intermittente. Plusieurs observations de ce genre se trouvent consignées dans l'excellent Traité des fièvres intermittentes pernicieuses de M. le professeur *Alibert.*

Du tartre stibié. Le tartre stibié a été depuis long-temps administré à des doses vomitives dès le début de la pneumonie ou après une ou deux saignées. La pratique de *Stoll* était basée sur cette théorie. *Rivière* l'employait aussi comme vomitif, et, de plus, le donnait tous les jours ou tous les deux jours. Cette méthode aujourd'hui est suivie par bien peu de praticiens; au contraire, le tartre stibié s'emploie maintenant non comme vomitif, mais à très-haute dose.

C'est à *Rasori* que l'on doit d'avoir rappelé cette méthode, trop long-temps oubliée, et d'en avoir démontré tous les avantages. Depuis cette époque, un grand nombre de médecins français en ont tenté l'essai; mais quelques-uns n'en ont point obtenu tout le succès qu'ils pouvaient en attendre; quelques autres, mais *Laennec* surtout, en ont obtenu de très-heureux effets. Voici la manière dont a été administré ce médicament.

Si l'état du malade ne s'y opposait pas, *Laennec* faisait pratiquer une saignée de huit à seize onces au bras; il était très-rare qu'il la fît réitérer, à moins que les sujets ne fussent atteints d'une maladie du

cœur, ou d'apoplexie. Il regardait la saignée comme un moyen propre à enrayer la marche de l'inflammation pour le moment, et à donner au tartre stibié le temps d'agir. Immédiatement après la saignée, il faisait donner une première dose de tartre stibié d'un grain dans deux onces et demie d'une infusion de feuilles d'oranger froide et sucrée, avec une demi-once de sirop de guimauve ou de fleurs d'oranger. Il faisait répéter la même dose encore cinq fois de deux heures en deux heures, et laissait reposer le malade pendant huit heures, si toutefois les accidens n'étaient pas urgens; mais si la maladie était très-avancée, il continuait de faire prendre la même dose sans interruption jusqu'à ce que les symptômes fussent amendés, et que l'amélioration fût indiquée à l'aide de l'auscultation. Quelquefois même, lorsque la maladie prenait une marche fort grave, il portait ce remède jusqu'à la dose d'un grain et demi, deux grains, deux grains et demi, mais toujours dans la même quantité de véhicule. Si les malades avaient quelques vomissemens et quelques selles assez abondantes le premier jour, le lendemain ces symptômes n'existaient plus; le tube digestif finissait par s'accoutumer à cette sorte de médication; c'est cette insensibilité que *Rasori* a désignée sous le nom de *tolérance*. Si, comme il arrive quelquefois, les malades étaient constipés, il faisait donner des lavemens purgatifs pour entretenir la liberté du ventre. Si les vomissemens et les selles avaient lieu, le second jour il faudrait associer aux six doses qui doivent être prises deux onces de sirop diacode.

D'après les observations rapportées par l'auteur de cette méthode, il paraîtrait qu'on peut en obtenir de bons effets dans toutes les périodes de la maladie, lors même que le poumon est envahi par l'infiltration purulente.

Tels sont à peu près tous les traitemens employés dans la pneumonie.

Quant au régime, il faudra mettre le malade à une diète sévère dans la période d'acuité de la pneumonie, ne permettre ensuite que quelques bouillons, des crèmes de riz et différentes fécules.

Examen anatomico-pathologique.

Les poumons des personnes mortes de pneumonie présentent quatre lésions principales : 1°. l'engouement inflammatoire, 2°. l'hépatisation, 3°. l'infiltration purulente, 4°. la gangrène.

Dans le premier degré, le poumon est plus pesant et plus ferme que dans l'état sain ; sa couleur est livide ou violacée. En le comprimant, on sent qu'il est compacte, qu'il est beaucoup moins crépitant que dans l'état sain, qu'il est gorgé par un fluide écumeux et sanguinolent. Si on le coupe, son tissu paraît d'un rouge de sang ou livide, cependant on distingue encore très-bien la texture du poumon ; il conserve l'impression du doigt qui l'a pressé à la manière d'un membre infiltré ; mais ces caractères ne suffisent pas pour établir qu'il y a ici inflammation du parenchyme pulmonaire ; ils sont communs à l'engouement qui survient dans les derniers momens de la vie. Le caractère anatomique le plus important, d'après M. *Chomel*, est celui-ci : le poumon engoué conserve sa consistance naturelle ; celui qui est enflammé la perd en grande partie, et se laisse plus facilement déchirer que dans l'état sain.

Dans le second degré, le poumon ne crépite plus, sa pesanteur et sa fermeté sont analogues à celles du foie ; lorsqu'on le met dans l'eau, il s'enfonce ; il présente intérieurement une couleur plus foncée par endroits, depuis le gris violet jusqu'au rouge de sang. Indépendamment de ces couleurs, on aperçoit les rameaux bronchiques, les vaisseaux sanguins, les cloisons celluleuses qui séparent les lobules. Si on racle un morceau du poumon avec le scalpel, on exprime un liquide séreux, sanguinolent, plus trouble que dans le premier degré. Si on examine attentivement, et à contre-jour, sa surface incisée, on aperçoit de petits grains rouges, oblongs, aplatis, qui la recouvrent. Ils sont encore beaucoup plus apparens si on déchire le parenchyme du poumon.

Dans le troisième degré, le tissu pulmonaire offre le même aspect

granuleux et la même dureté que dans le second degré ; mais sa couleur est d'un jaune pâle, analogue à celle de la paille. Une incision faite dans le poumon fait suinter une matière jaune, opaque, visqueuse, purulente, et mêlée quelquefois à un peu de sang; la substance du poumon est alors beaucoup plus humide et plus molle que dans l'hépatisation rouge. Si on presse le poumon entre les doigts, il se réduit en une pulpe grisâtre, qui ne diffère du pus que par un peu plus de consistance.

Ces trois degrés de l'inflammation se trouvent assez ordinairement réunis de différentes manières : quelquefois l'un des poumons est enflammé, au troisième degré, dans toute son étendue, tandis que l'autre ne présente que quelques parties enflammées, au premier ou au second degré; on peut même voir aussi les trois degrés exister sur le même poumon. Le pus peut être quelquefois en foyer; mais, malgré l'assertion de quelques médecins, il est très-rare de trouver ces abcès après les pneumonies.

Dans la gangrène, le poumon offre à peu près la même densité que dans la pneumonie au premier degré; il est beaucoup plus humide et beaucoup plus facile à déchirer que dans l'état naturel; sa couleur est d'un blanc sale et légèrement verdâtre, quelquefois elle est presque noire; on rencontre çà et là quelques points évidemment ramollis et tombés en déliquium putride. Si on incise les parties altérées, on voit s'écouler un liquide sanieux, trouble, d'un gris verdâtre, et d'une fétidité gangréneuse insupportable. La gangrène ordinairement se borne à une petite partie du poumon ; mais quelquefois elle peut l'envahir tout entier, et même le détruire totalement avant que le malade ne succombe. C'est ainsi qu'*Haller* rapporte, dans ses Opuscules pathologiques, avoir trouvé à la place du poumon gauche, dont il ne restait plus aucune trace, une grande quantité d'eau fétide et albumineuse, dans laquelle la trachée-artère et les grandes ramifications artérielles et veineuses, comme coupées et ouvertes à leurs extrémités, étaient manifestes ; en sorte qu'il était difficile de pouvoir connaître ce qui empêchait le sang de s'écouler.

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I.

La rougeur de la langue n'est point un signe pathognomonique de l'inflammation de l'estomac; elle peut se rencontrer sans que cet organe soit affecté.

II.

Les individus qui ont été atteints plusieurs fois de pneumonie sont très-sujets à la phthisie pulmonaire.

III.

On voit des phthisies au dernier degré, sans qu'il y ait eu dévoiement ni laryngite; mais le plus souvent ces affections se lient à la phthisie.

IV.

Les maladies syphilitiques ne peuvent être radicalement guéries que par l'usage des préparations mercurielles, soit à l'intérieur ou à l'extérieur.

V.

Toutes les fois qu'avant d'employer le mercure, sous quelque

forme que ce soit, on aura calmé l'inflammation, s'il en existe, et consulté les forces du malade, qu'on aura pris soin de le mettre à un régime peu nourrissant, que le médicament sera administré à faibles doses, on verra rarement survenir des accidens.

VI.

L'apoplexie étant une des affections les plus sujettes à récidiver, l'individu qui en a été déjà frappé ne saurait prendre trop de précautions hygiéniques pour écarter tout ce qui tendrait à renouveler les attaques; il doit être sobre dans sa nourriture, préférer la diète végétale, entretenir la liberté du ventre, enfin éviter le repos trop prolongé et les boissons alcoholiques.

VII.

On peut, pour ainsi dire, assurer qu'il n'y a point épanchement, quand, dans une apoplexie, tous les accidens cèdent promptement à la saignée.

VIII.

On ignore encore la nature et la manière d'agir des causes des fièvres intermittentes. Il n'est point de remède plus efficace pour les combattre que le sulfate de quinine; mais avant d'user de ce moyen, il faut bien examiner l'état des voies digestives.

IX.

Le galvanisme pourrait être employé avec succès dans le traitement des paralysies.

X.

Je crois que l'on peut obtenir de bons effets du seigle ergoté dans le cas d'inertie de la matrice. Employé en temps opportun, il pourra souvent faire éviter l'emploi du forceps.

XI.

Quand une fracture est compliquée de luxation, on doit commencer par réduire la luxation, à moins que la fracture ne soit placée trop près de l'articulation, ce qui rendrait la réduction impossible.

XII.

Une brûlure au premier degré suffit pour déterminer la mort dans un temps assez court.

XIII.

La constriction d'un bandage peut être assez forte pour déterminer le sphacèle d'un membre; cette grave complication a été observée à la jambe et à l'avant-bras.

XIV.

L'application des appareils contentifs est quelquefois formellement contr'indiquée. Dans les fractures de la clavicule ou de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de celle de plusieurs côtes du même côté, la pression du coussin aurait pour effet d'enfoncer les fragmens des côtes vers la cavité thoracique.

XV.

Il est impossible avant l'opération de distinguer du sarcocèle une hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale et du tissu cellulaire.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

IV.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica; tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

V.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 32.

VI.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.